

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES.  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

## 1-ENFANT

**NOM** : ..... **DATE DE NAISSANCE** : .....  
**PRENOM** : ..... **SEXE** : GARCON  FILLE

## 2-VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie					
Tétanos				HEPATITE B	
Poliomyélite				R.O.R	
Ou DT Polio				COQUELUCHE	
Ou Tétracoq				AUTRES (préciser) .....	
B.C.G					
D.T.C.P					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, **JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION**. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

## 3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- **L'enfant suit-il un traitement médical ?**  oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

- **L'enfant a-t-il un PAI ?** OUI  NON

Si oui, il doit être signé par un représentant de la collectivité.

## L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

**RUBEOLE** : OUI  NON

**VARICELLE** : OUI  NON

**SCARLATINE** : OUI  NON

**ANGINE** : OUI  NON

**COQUELUCHE** : OUI  NON

**OTITE** : OUI  NON

**ROUGEOLE** : OUI  NON

**OREILLONS** : OUI  NON

**RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGU** : OUI  NON

**ALLERGIES** : **ASTHME** OUI  NON  **MEDICAMENTEUSES** OUI  NON

**ALIMENTAIRES** OUI  NON  **AUTRES** : .....

PRECISEZ **LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

**LES DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) **EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...

**PRECISEZ :**

.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**ADRESSE :** .....

**TEL. FIXE :** ..... **TEL. PORTABLE :** ..... **BUREAU :** .....

**NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :**

.....  
.....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :